

# Double trouble in de relatie

## Een integratieve aanpak van verslaving, borderline- en partnerproblematiek

*Samenvatting Dit praktijkartikel betreft ervaringen met cliënten die zowel verslaafd zijn en gediagnosticeerd zijn met een borderline persoonlijkheidsstoornis als een problematische partnerrelatie hebben. Dit samenspel kan ontrafeld worden vanuit drie invalshoeken die tevens dienen als ingangen voor therapie: de verslavingsproblematiek, de persoonlijkheidsproblematiek en de partnerdynamiek. Het artikel geeft een theoretisch kader en beschrijft aan de hand van een casus in het bijzonder de therapeutische invalshoek van de partnerproblematiek.*

### INLEIDING

Binnen de verslavingszorg spreekt men van dubbele diagnose wanneer men mensen behandelt die zowel verslavingsproblemen als psychiatrische problematiek hebben. Een aantal cliënten met een dubbele diagnose heeft een langdurende relatie. Gezien de problematiek is niet te verwachten dat zij een ongestoorde partnerrelatie hebben. De persoonlijkheidsproblematiek, evenals de verslaving, beïnvloedt zowel de partnerkeuze als de thema's die zo'n relatie kenmerken. Zoals bij een dubbele diagnose de therapeut veelal een dubbele behandelingsstrategie kiest, zo zou men bij een drievoudige problematiek drie invalshoeken in de behandeling kunnen combineren.

Deze strategie vraagt wel om het continu taxeren en ontrafelen van het samenspel tussen middelengebruik, partnerdynamiek en persoonlijkheidsproblematiek en een voortdurende afstemming van de drie behandelingsvormen. Dit is een complexe opgave, omdat een probleem of stoornis vaak meerdere betekenissen tegelijk heeft en tot allerlei dilemma's in de behandeling leidt. Een borderline-

*Gerrit van den Born is als psychotherapeut/systeemtherapeut verbonden aan Verslavingskliniek Paschalis te Oostrum, onderdeel van het Psychiatrisch Ziekenhuis Vincent van Gogh Instituut te Venray. Zijn werkzaamheden omvatten het verrichten van (poli)klinische individuele en systeemtherapieën en het verder ontwikkelen van een partnerrelatiebeleid.*

cliënt kan bijvoorbeeld zijn gevoelens van angst, leegte en verwarring bestrijden door middelen te gebruiken. Het helpt hem tevens om gemakkelijker met intimiteit om te gaan en te 'fuseren'. Het middelengebruik reguleert wel de tegengestelde krachten van fusieangst en fusieverlangen, maar leidt op zich tot nieuwe problemen. Wanneer het middelengebruik onder invloed van de behandeling stopt, komt de relatie onder druk te staan. Daardoor laait de angst op, hetgeen impulsieve en primitieve afweerreacties oproept.

In Paschalis, een verslavingskliniek, experimenteren wij met een drievoudige benadering bij verslaafde cliënten met de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis die een vaste partner hebben. In dit artikel doe ik verslag van onze ervaringen hiermee, waarbij het systeemdenken mijn belangrijkste referentiekader is. Vanuit dit referentiekader wordt de relationele en individuele problematiek onderzocht en betekenis gegeven. De betekenis van actuele thema's voor elk probleemgebied afzonderlijk wordt zo vastgesteld en de behandelingsstrategie wordt voortdurend bijgestuurd. De betekenis van gedrag tijdens de verschillende therapeutische activiteiten in de klinische behandeling kan vanuit een systemische invalshoek worden begrepen, waarmee een goede basis wordt gelegd voor de vereiste eenheid van beleid.

*Judith (44 jaar) werd opgenomen met een ernstige alcohol- en cannabisverslaving. Zij is de jongste dochter uit een gezin met vijf kinderen. Haar ouders hadden een bedrijf waaraan het gezin ondergeschikt zou zijn gemaakt. Beide ouders hadden ernstige alcoholproblemen. Judith heeft tot voor enkele jaren in het familiebedrijf van haar ouders gewerkt. Nadat een schoonzus het bedrijf overnam, werd Judith daar minder nodig. Haar klachten en verslavingsgedrag namen toe en dit leidde tot een opname in Paschalis.*

*Judith had een jeugd die gekenmerkt werd door incestervaringen en pedagogische verwaarlozing. Zij verbleef in een tehuis van haar zesde tot haar dertiende jaar. Nadien is ze verschillende keren opgenomen geweest naar aanleiding van crises. Van Judith is bekend dat zij neigt tot automutilatie, suïcidegedachten, depressies, korte psychotische episoden en theateraal gedrag. Bij vorige opnames, en nu ook door de psychiater van Paschalis, is de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis gesteld.*

*Bij opname is Judith ruim twintig jaar gehuwd met een door haar als liefdevol ervaren man, Henk. De relatie vertoont symbiotische trekken, de seksuele relatie is nooit ontwikkeld. Henk is de oudste uit een gezin met drie kinderen. In dit gezin werd aan zijn emoties geen plaats gegeven. Toen hij Judith leerde*

*kennen, waardeerde hij haar emotionele expressiviteit. Zij deed wél een appél op zijn emoties.*

GERRIT VAN DEN  
BORN

HET SAMENSPEL TUSSEN BORDERLINE-, VERSLAVINGS-  
EN ECHTPAARPROBLEMATIEK

Binnen de verslavingszorg krijgt men steeds meer te maken met cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS), zoals Judith (Hendriks & Derksen, 1993). Over het ontstaan van de borderline persoonlijkheidsstoornis is in de literatuur al veel geschreven (bijvoorbeeld Masterson, 1976, 1980, 1985 en Linehan, 1996). Volgens Masterson heeft het ego van de borderlinecliënt schade opgelopen in de toenaderingsfase. In deze periode, globaal in de tweede helft van het tweede levensjaar, is het kind in reactie op een oefenfase minder zelfstandig. Het zoekt meer steun bij zijn ouders. Vooral ouders van wie de eigen vroege jeugd problematisch is verlopen, hebben moeite met deze regressie. Veelal reageren zij uitermate negatief op dit steun zoeken van het kind. Het opgroeiende kind voelt zich dan in de toenaderingsfase juist afgestoten. Wanneer dit proces aanhoudt, kan dat in het latere leven resulteren in een borderline persoonlijkheidsstoornis.

Een kind dat om allerlei redenen emotioneel extra kwetsbaar is, kan in zo'n invaliderende omgeving extra beschadigd raken. Omgekeerd invalideert het kind met zijn reactieve gedrag eveneens de omgeving, die daarmee nog minder ondersteunend wordt. Linehan (1996) benadrukt deze wederkerigheid.

De stoornissen in de persoonlijkheid komen ook in de relatievorming tot uitdrukking en kunnen leiden tot heftige conflicten. Drie aspecten zijn belangrijk:

1) De sterke stemmingswisselingen en impulsieve reacties leiden gemakkelijk tot oplopende spanningen in de relatie. De overgevoeligheid voor afgewezen worden, versterkt nog eens het ontstaan van relationele conflicten.

*Binnen de kliniek voelde Judith zich snel afgewezen. Commentaar van een therapeut ervoer zij al gauw als kritiek en een grapje van een therapeut of medegroepslid bracht haar al snel in verwarring omtrent de bedoelingen van de ander. Judith had de neiging om het gedrag van anderen steeds te vertalen in acceptatie of afwijzing.*

2) Een centraal dilemma van de cliënt met BPS is de combinatie van het verlangen om in de ander op te gaan en de angst om zichzelf te verliezen. Dit leidt tot woede-uitbarstingen en regressie, waarbij de

cliënt als handhavingmechanisme anderen hetzij als volledig goed, hetzij als volledig slecht ervaart en benadert, het zogenaamde 'splitsen'. Steeds weer ensceneert de cliënt situaties waarin heftige emoties, angst en dreiging zich herhalen. Vaak is er sprake van heftige conflicten rondom de beleving van intimiteit. De BPS-cliant heeft haar of zijn partner het liefst zoveel mogelijk in de buurt; vaak speelt jaloezie een grote rol. Deze heftige conflicten kunnen soms verrassend snel worden bijgelegd. Een emotionele afstand die langere tijd duurt, kan de cliënt met BPS niet verdragen. Vaak wordt een partner gekozen die dit ook niet verdraagt.

DOUBLE TROUBLE IN  
DE RELATIE

*Het gebruik van middelen maakte het tussen Judith en Henk mogelijk dat zij een vorm van intimiteit ervoeren. In nuchtere toestand had Judith gevoelens van ontreddering en leegte. Zij was dan geneigd meer aan de zorg van Henk te appelleren, terwijl zij hem op andere momenten weer verweet te volgzzaam te zijn.*

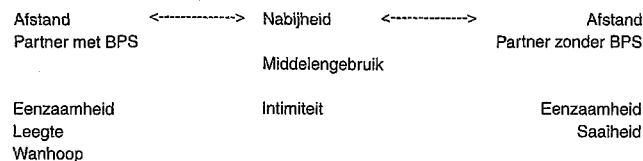
3) In langdurende relaties speelt het gedrag van de partner in op de problematiek van de cliënt met BPS. Onze ervaringen met deze partners is dat zij vaak een tamelijk stabiele jeugd gekend hebben, waarbij veel structuur werd geboden met weinig aandacht voor emotionele belevingen. Vanuit deze achtergrond gedragen zij zich in de partnerrelatie zowel volgzzaam als gedisciplineerd. Vaak hebben ze zelf grote moeite met het uiten van emoties. Vanuit een betrekkelijk saai levenspatroon lijken ze gefascineerd door hun partner die zich vaak onvoorspelbaar gedraagt en heftige emoties kan tonen. Door hun eigen, weinig emotionele manier van reageren kanaliseren ze als het ware de emoties en grillen van hun partner. Tegelijk leven zij intens met deze emoties mee. Binnen de relatie lijkt het erop dat de cliënt met BPS als buik en de partner als hoofd fungeert. In therapie zien de partners de therapeut als een bondgenoot in hun streven om hun partner – de cliënt – tot bedaren te brengen.

*In de therapie toonde Henk zich gefascineerd door het gevoelsleven van Judith. Tegelijkertijd overspoelde het hem ook en voelde hij zich machteloos door de grilligheid ervan. Hij verwachtte van de therapeut dat Judith's gedrag voor hem hanteerbaar zou worden gemaakt.*

De negatieve bijeffecten van het middelengebruik of het drinken, zoals gebrekkige zelfzorg en verwaarlozing van het huishouden en/of het werk, leiden ook tot de nodige spanningen in de relatie. Ook zet de 'saaie' partner de ander aan tot heftig en uitdagend gedrag.

Wanneer de partner de conflicten en heftige emoties niet kan opvangen, ontstaat een gevaarlijke escalatie. Conflicten in de relatie zijn olie op het vuur voor de emotionele instabiliteit van de cliënt met BPS. Deze kan de hoogoplopende spanningen dempen met bijvoorbeeld middelengebruik (alcohol, medicijnen, drugs). Dat heeft onmiddellijk effect voor de relatie: niet alleen wordt de intrapsychische spanning gereguleerd, ook de relatieconflicten verdwijnen naar de achtergrond. Op langere termijn is deze 'oplossing' weer een reden voor een nieuw spanningsveld: de grote nabijheid wordt als bedreigend ervaren en leidt tot nieuwe spanningen.

Fig. 1. De partnerdynamiek reguleert de fusieangst en het fusieverlangen middels het middelengebruik



#### BEHANDELOPZET

Deze paragraaf beschrijft een aantal uitgangspunten zoals wij die in Paschalis uitvoeren. Daarna wordt stilgestaan bij de drievoudige aanpak, met bijzondere aandacht voor de partnerrelatietherapie.

##### *Uitgangspunten voor de therapie*

###### *a. Een gestructureerde en directieve aanpak*

Gezien de bij BPS aanwezige inherente diffuse grenzen rondom persoon en systeem, is een gestructureerde en directieve aanpak noodzakelijk (Minuchin e.a., 1981, Haley, 1977, Andolfi e.a., 1983). Daarnaast is het belangrijk dat er een stevige en veilige therapeutische relatie kan ontstaan. Hierin zijn de specifieke factoren zoals empathie, echtheid en transparantie belangrijk, evenals het systemisch 'invloegen'.

###### *b. Een centrale positionering van de systeemtherapeut*

In de eerste fase van de therapie neemt de systeemtherapeut een centrale positie in met het oog op duidelijke contactname en als 'grensbewaker'. Dat is belangrijk omdat een cliëntenpaar bij toenemende spanning geneigd is te fuseren en de therapeut buiten spel te zetten. De systeemtherapeut legt met beide partners, zo nodig in fasen, een individueel contact, om ieder van hen te helpen eigen behoeften en streefdoelen onder ogen te zien. Bij voldoende groei in

GERRIT VAN DEN  
BORN

het therapeutisch systeem, wat betekent dat er tussen cliëntsysteem en therapeut voldoende vertrouwen is ontstaan en overeenstemming bestaat over de na te streven doelen, kan de therapeut zich tijdens een gesprek op één partner richten, terwijl de ander daar actief luisterend bij aanwezig is.

DOUBLE TROUBLE IN  
DE RELATIE

###### *c. De systeemtherapeut doet ook de individuele therapie*

Het heeft mijn voorkeur om individuele therapie en echtpaar/gezinstherapie door dezelfde therapeut te laten verrichten. Hierin verschil ik van opvatting met een aantal collegae die daartegen bezwaren hebben en vrezen dat de therapeut te veel bij de opgenomen cliënt betrokken raakt en zo niet vrij is tegenover de partner. Het werken met een individuele therapeut en een systeemtherapeut kan echter voor de cliënt met BPS verwarrend en vertragend werken. Immers, zowel in individuele als in relatietherapie spelen dezelfde thema's. Door de partner reeds in een vroeg stadium in de behandeling te betrekken en waar nodig met hem of haar ook individuele gesprekken te voeren, kan het bovengenoemde gevaar van overbetrokkenheid ondervangen worden. De therapeut kan het risico van coalitievorming vermijden door de verantwoordelijkheid voor geheime informatie bij de cliënt te laten. Mijn uitgangspunt is dat geheime informatie altijd een rol speelt, ook wanneer deze onuitgesproken is.

###### *d. De systeemtherapeut coördineert de verschillende behandelingen*

De behandeling van BPS-clieñten vraagt nog meer dan die van andere cliëñten een voortdurende afstemming van behandeldoelen en attitudes bij alle behandelaars, vooral wegens de sterke splittingstendens bij deze cliëñten. Naar mijn ervaring is het productief als de systeemtherapeut deze behandelcoördinatie op zich kan nemen.

##### *De behandeling: een drievoudige benadering*

###### *Eerste invalshoek: verslavingsproblematiek*

De eerste periode in Paschalis bestaat uit een detoxificatie- en observatieperiode van gemiddeld vier weken, waarin een inventarisatie van de problemen en de diagnostiek plaatsvindt. Verder wordt de functie van het middelengebruik onderzocht. De ontwenning wordt zonodig met medicatie ondersteund om deze milder te laten verlopen. Gedurende de gehele behandeling wordt aandacht besteed aan terugvalpreventie met betrekking tot de verslaving.

*De behandeling van Judith werd farmacologisch ondersteund*

*met een lage dosis cisordinol (antipsychoticum) en campral ter bestrijding van de 'zucht'.*

*Tweede invalshoek: individuele behandeling van de persoonlijkheidsproblematiek*

In de kliniek en in de individuele therapie wordt een ondersteunende aanpak gevolgd. Hierin staat het versterken van het zelfbeterend vermogen centraal, om zo de individuatie en zelfhandhaving te bevorderen. Dit gebeurt door het in beeld brengen van rollen en hoedanigheden die een cliënt zichzelf heeft toegedicht en waarmee hij op een bepaalde wijze zijn werkelijkheid creëert. Ook wordt er gewerkt met het stellen van kortetermijndoelen, waarin de dagelijkse ervaringen centraal staan en de nadruk ligt op zelfhandhaving en de bevordering van autonomie (realiteitsniveau). Therapie-doelen die op relatief korte termijn verwezenlijkt kunnen worden, versterken een gevoel van overzicht, competentie en zelfvertrouwen. Vanuit beperkte en weinig hoopvolle situaties kunnen zo nieuwe perspectieven worden geschapen.

*Gedurende de eerste behandelperiode rapporteerde de sociotherapie dat Judith zich in contact met medeciënten en therapeuten regelmatig vreemd en overdreven gedroeg. In de individuele therapie kwam haar behoefte aan aandacht naar voren en tegelijkertijd haar moeite om daar mee om te gaan. Verder had Judith de neiging het gedrag van anderen te vertalen in acceptatie of afwijzing. Judith, ontevreden over de kwaliteit van de contacten met anderen, ging akkoord met ons voorstel haar eigen gedrag te bestuderen. Zij hield een dagboek bij waarin ze verslag deed van spanningsvolle contacten met medeciënten of medewerkers van de kliniek. Ze beschreef minutieus het concrete gedrag van de ander en zichzelf, met vermelding van haar gevoelens en gedachten.*

*Dit verslag werd dagelijks besproken met een sociotherapeut of binnen de individuele therapie. Er werd gekeken naar het chronologisch verloop van de interactie en er werd nagegaan of Judith haar doel in een bepaald contact had gehaald. Deze aanpak hielp haar andere interpuncties en perspectieven te zien. Ze ging begrijpen dat door zelf anders te handelen de interactie een ander verloop kreeg. Ook kreeg ze meer oog voor hoe ze dingen interpreteerde en hoe andere interpretaties een ander verhaal opleverden.*

Bij cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis sluipst de (al eerder genoemde) toenaderingscrisis al gauw de therapie binnen. De cliënt reageert met angst op de opkomende afhankelijkheids-

GERRIT VAN DEN  
BORN

DOUBLE TROUBLE IN  
DE RELATIE

gevoelens en steunbehoeften, vanuit zijn oude, beangstigende ervaringen op dit vlak. Nieuw aangeleerd gedrag kan tijdelijk plaatsmaken voor meer primitieve afweermechanismen. Als er zo bij de cliënt, na een eerste vooruitgang, regressie optreedt, kan de therapeut gaan twijfelen aan zijn houding en gekozen behandelingsvorm. Regressie bij verslaafden uit zich vaak in terugval in middelengebruik. De therapeut zoekt naar oorzaken voor de stilstand en kan zich gaan afvragen of de therapie niet te hoog gegrepen is voor zijn cliënt.

Op grond van onze ervaring menen wij dat de therapeut, bij iedere nieuwe fase in de therapie, met regressie rekening moet houden. Het goed hanteren daarvan is essentieel voor een vooruitgang van de behandeling. De regressie wordt niet afgewezen of als negatief gezien, maar juist als een signaal gedefinieerd voor het ingaan van een nieuwe fase die veel angst oproept. Regressie is dus niet iets dat voorkomen kan worden, maar dat, binnen grenzen, geaccepteerd moet worden en gedefinieerd als een leermoment. Een tolerante en begrijpende opstelling van de therapeut doorbreekt het script van de cliënt die afwijzing verwacht. Een goed doorgemaakte regressiefase versterkt in belangrijke mate het therapeutisch systeem.

*Derde invalshoek: partnerdynamiek*

*a) Taxatie van het systeem en aanbrengen van een relationeel kader*

Bij opname in de kliniek staan de meeste relaties van de cliënt onder druk en is de partnerrelatie meestal ernstig verstoord. Door partner en/of gezinsleden in een vroeg stadium in de behandeling te betrekken, wordt isolering van de cliënt voorkomen en tegelijkertijd hulp geboden aan het thuismilieu. Tevens geeft het de mogelijkheid om de individuele problematiek in een relationeel kader te plaatsen en de partnerdynamiek te onderzoeken. Daarbij krijgen niet alleen de pathologische aspecten aandacht, maar wordt er ook gezocht naar gezonde kanten van cliënt en systeem.

*Henk ging, door de jaren heen, steeds meer de zaken regelen in hun relatie, waarbij Judith zich meer en meer ging terugtrekken. Hun huis werd een fort. Het echtpaar had een intens contact met elkaar. De afgrenzing tussen beiden was zwak, de afgrenzing naar andere mensen was sterk.*

*Judith beleefde de relatie als liefdevol, maar ook als erg beklemmend. Henk stelde zich op als een soort butler die Judith zowel psychologisch als praktisch alles uit handen nam. De zorgende en toedekkende houding van Henk bevorderde haar gevoelens van afhankelijkheid en leegte. Wanneer Henk echter meer afstand nam, wist Judith hem te verleiden tot zorg en*

GERRIT VAN DEN  
BORN

*nabijheid. Wanneer Judith bleef gebruiken, sloegen de spanningsreducerende aspecten van het middelengebruik om in het tegendeel. Dan ging Henk nog meer voor haar zorgen, maar tevens nam zijn wanhoop en omvrede toe. In de therapie kregen beiden meer oog voor dit mechanisme. Ook lukte het om Henk stil te laten staan bij zijn eigen wensen en dingen van Judith te vragen, zonder met iedere gril van haar mee te gaan.*

*b) Individuatieproces van de partner*

Bij opname van een partner komt een scala aan (relatie)problemen naar voren. In het begin is er even opluchting dat de druk weg is. Later ontstaat er vaak bij de niet-opgenomen partner verwerkingsproblematiek en vindt er een heroriëntatie plaats op de opgenomen partner. Alle vanzelfsprekende rollen zijn ineens anders geworden en de niet-opgenomen partner wordt in hoge mate op zichzelf teruggeworpen. Het is belangrijk deze zaken met deze partner te bespreken en hem te helpen bij zijn heroriëntatie.

*Naarmate Judith langer in de kliniek verbleef en de situatie rondom haar rustiger werd, werd Henk meer op zichzelf teruggeworpen. Hij raakte in een apathische, sombere stemming. Aanvankelijk had hij zich als pleitbezorger van zijn vrouw opgesteld, maar die functie werd overbodig nu Judith zichzelf beter kon redden en uitdrukken.*

*c) Het leren omgaan met afstand en nabijheid*

Bij behandeling van cliënten met BPS zijn individuele en relatieproblemen met elkaar verstrengeld. Bij echtpaarproblematiek verdient het de voorkeur om eerst of minstens tegelijkertijd individuele problematiek te bewerken en individuatie op gang te brengen. Individuatie leidt tot een relatief stabiel zelfbesef (Mahler e.a., 1975), van waaruit de partnerrelatie een minder symbiotische kleur kan krijgen. Voor individuatie is het belangrijk dat partners hun verdrongen behoeften en angsten leren kennen, om daardoor ook uit de relationele verstrengeling te raken (Willi, 1983). Pas daarna komen de relationele belevingen en de onderlinge conflicthantering aan de orde en kan het echtpaar geholpen worden om een ander relatiescenario te ontwikkelen en met nieuw gedrag te experimenteren (Heuving en Dudink, 1997).

*Henk kreeg enkele individuele contacten aangeboden, waarbij onder andere niet verwerkte gevoelens uit zijn jeugd met betrekking tot zijn vader aan de orde kwamen. Zijn vader was dominant en Henk fungeerde als bemiddelaar tussen zijn ouders,*

DOUBLE TROUBLE IN  
DE RELATIE

*zoals hij zich later als bemiddelaar tussen zijn partner en de kliniek opwierp. Henk werd zich ervan bewust dat hij eigen wensen en behoeften mocht hebben, ook ten aanzien van Judith. Zijn serviele houding, die zijn positie als seksueel attractieve partner danig in de weg stond, kwam ook aan de orde. Naarmate het hem beter lukte om voor zichzelf op te komen, voelde Judith zich vrijer en begon ze Henk aantrekkelijker te vinden.*

*d) Seksualiteit*

Bij lichamelijk contact kunnen seksuele trauma's worden geactualiseerd, waardoor de seksuele relatie ernstig wordt belemmerd. Een mogelijkheid om dit te behandelen is een verwerking van de trauma's via het beïnvloeden van de cognities ten aanzien van de seksualiteit.

*Overeenkomstig Judith's wens werd er geen openleggende therapie gedaan ten aanzien van haar incestverleden. Zij wilde wel met de gevolgen ervan leren omgaan. Het hinderde haar sterk dat ze door de incestervaringen niet tot gemeenschap in staat was. Via een cognitieve benadering lukte het haar om haar dissociaties tijdens het vrijen op te heffen en haar negatieve projecties op Henk terug te nemen. Verder werd haar geleerd om haar eigen wensen en behoeften te erkennen en daar ook zelf verantwoordelijkheid voor te nemen.*

*Beide partners wilden hun seksuele relatie verbeteren. Hun doel was vóór hun 25-jarig huwelijk gemeenschap met elkaar te hebben. Er werd geoefend met strelen, eerst buiten en later binnen de erogene zones. Hoewel Judith aanvankelijk angstig was, kreeg ze later meer plezier in deze oefeningen. Naarmate de coïtus vaker ter sprake kwam, nam haar angst (voor de penis van haar man) en neiging tot dissociatie toe. De intimiteitsoefeningen gingen door, maar tot een coïtus kwam het niet. Vreemd genoeg was het toch Judith die bleef aandringen op gemeenschap en Henk die bleef uitstellen. Henk die altijd gezegd had graag te willen, bleek bang te zijn voor mislukking en vooral afwijzing. Het was Judith die deze twijfel doorbrak door directief aan te geven wat ze wilde. Beiden beleefden veel plezier aan hun toenomen intimiteit. Deze intimiteit continueerde zich zonder dat Judith te kampen kreeg met angsten, herbelevingen of nachtmerries.*

*e) Afgrenzing van de buitenwereld*

Bij borderlineproblematiek speelt in de relatie met de buitenwereld dezelfde spanning rondom afstand en nabijheid als binnen de partnerrelatie. Nadat het echtpaar een steviger (sub)systeem is

gaan vormen, kunnen de relaties met belangrijke anderen onder ogen worden gezien.

GERRIT VAN DEN  
BORN

*Nadat beide echtelieden in rustiger vaarwater waren gekomen, werd gewerkt aan hun begrenzing tegenover de buitenwereld. De burens onderhielden de tuin van het echtpaar zonder dat dit door beiden nog op prijs werd gesteld. Judith bedankte hen steeds uit beleefdheid. Ze had de burens al eens eerder proberen duidelijk te maken dat hun bemoeienis niet meer gewenst was, maar die reageerden verongelijkt en veranderden hun gedrag niet.*

*Middels het conflict met de burens over het tuinonderhoud werd aan de afgrenzing naar buiten gewerkt. Het lukte Judith met hulp van Henk om de burens te bedanken voor verdere hulp en zo hun territorium letterlijk terug te winnen. Later kwam de afgrenzing van Judith naar haar ouders aan bod.*

*Gedurende de therapie werd het echtpaar gestimuleerd tot activiteiten en contacten buitenshuis. Ook de wensen en hobby's van Henk kregen bijzondere aandacht.*

#### TERUGVAL EN ONTSLAG: OPNIEUW DE DRAAD OPPAKKEN

De overgang van de kliniek naar huis verloopt voor veel cliënten problematisch. Met name bij cliënten met BPS is de kliniek, in eerste instantie als angstig en vijandig ervaren, een veilige plek geworden die verlaten moet worden. Men moet thuis opnieuw tot een integratie komen met het oude leefmilieu. Deze overstap gaat bij verslaafden met BPS vaak gepaard met een terugval.

Bij de behandeling van verslavingsproblemen hoort anticiperen op terugval. Dat betekent dat de cliënt niet alleen geholpen moet worden om terugval in middelengebruik te voorkomen, maar ook om de terugval, als die toch optreedt, zo kort mogelijk te laten duren. Hierbij is het van belang dat de therapeut zich niet veroorzakend opstelt, maar de cliënt helpt deze ervaring als een leermoment te zien. Een ruim scala aan technieken wordt beschreven in het boek van Casselman (1996), waarin onder meer het belang van een functionele analyse van het verslavingsgedrag wordt benadrukt.

*Na ontslag uit de kliniek maakte Judith een moeilijke periode door. Het zelf weer structuur aanbrengen viel niet mee. Oude patronen doemden weer op. Na een paar maanden was een heropname nodig. De terugval ging met veel teleurstelling en schaamte gepaard. Er werd gekozen voor een korte opname, waarbij de terugval werd geaccepteerd als horend bij het proces. Het paar bleef daarna poliklinisch in behandeling. Het lukte tot*

*een evenwicht te komen. Een moeilijke periode brak aan nadat bij de moeder van Judith kanker werd geconstateerd en Judith grotendeels de zorg voor haar vader op zich nam. Dat ging gepaard met heftige gevoelens van loyaliteit, schuld en woede. Wel was het een gelegenheid om met steun van Henk tot een herstructurering van haar relatie met haar ouders te komen. Ze kreeg een beter contact met haar moeder en het lukte haar uiteindelijk om haar claimende vader duidelijke grenzen te stellen. Nog enkele malen dreigde een terugval. Er werd toen gekozen voor een 'impassebenadering' waarbij de gevolgen van de terugval voor Henk werden uitvergroet. Dat versterkte het eigen initiatief van het paar; Henk liet zijn toedekkende houding los en zette die om in een directe opstelling, waarbij hij opkwam voor zijn eigen belangen.*

*Het paar hield, in een afnemende frequentie, poliklinisch contact. Zij zijn nu redelijk vaardig escalaties te stoppen en weten de vicieuze cirkel bijtijds te doorbreken.*

#### Literatuur

- Andolf, M., Angelo, C., Menghi, P. & Nicolò Corigliano, A., (1983). *Behind the family mask: therapeutic change in rigid familysystems*. New York: Brunner/Mazel.
- Casselmann, J. (1996). *Met vallen en opstaan; motivatiebevordering en terugvalpreventie bij alcohol en andere drugproblemen*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Haley, J. (1977). *Problem Solving Therapy*. London: Jossey-Bass.
- Hendriks, G.A.J. & Derksen, J.J.L. (1993). Verslaving en borderline-pathologie: beschrijving van een pilotstudie. *Tijdschrift Alcohol & Drugs*, 3, 154-169.
- Heuving, R. & Dudink, P. (1997). Grensconflicten. *Systeemtherapie en borderline persoonlijkheidsyndroom*. *Systeemtherapie*, 2, 116-127.
- Linehan, M.M. (1996). *Borderlinepersoonlijkeitsstoornis. Handleiding voor training en therapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Mahler, M., Pine, F. & Bergman, A. (1975). The psychological birth of the human infant. In: Karayalin, F.C. (1994). Het separatie- individuatieproces: Kernberg en Kohut complementair? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, Vol. 20 (6), 344-354.
- Masterson, J.F. (1976). Psychotherapy of the borderline adult. In: Epen, H. van (1990). *Schets voor een nieuwe psychiatrie*. Houten/Deurne: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Masterson, J.F. (1980). From borderline adolescent to functioning adult. In: Epen, H. van (1990). *Schets voor een nieuwe psychiatrie*. Houten/Deurne: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Masterson, J.F. (1985). Treatment of the borderline adolescent. In: Epen, H. van (1990). *Schets voor een nieuwe psychiatrie*. Houten/Deurne: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Minuchin, S. & Fishman, H. (1981). *Family Therapy Techniques*. London: Harvard University Press.
- Willi, J. (1983). *De partnerrelatie*. Rotterdam: A.D. Donker.

DOUBLE TROUBLE IN  
DE RELATIE